

# Mit 25 noch unberührt

## Verhaltenstherapie einer Libidostörung

**Was würden Sie tun, wenn sich bei Ihnen zusammen mit ihrem Freund eine 27jährige Patientin vorstellt, die seit Jahren beinahe jede Form sexueller Intimität mit ihm vermeidet? Ihr nun nur zögernd enthülltes Problem ist der Wunsch, die Zeit der Jungfräulichkeit und Enthaltsamkeit zu beenden. P. Kochenstein beschreibt, wie er bei dieser Patientin mit einer funktionellen Sexualstörung vorging – von der Diagnostik bis zur Therapie. Dabei setzt er auch bewußt und gezielt Erotika als Therapeutikum ein.**

Die 27jährige Patientin suchte mich zusammen mit ihrem zehn Jahre älteren Freund vor einigen Wochen in meiner Praxis auf. Nur zögernd wurde ihr zentrales Problem klar: Seit Jahren vermied sie beinahe jede Form sexueller Intimität mit ihm. Die kurze Sexualanamnese brachte zum Vorschein, daß sie bislang noch keinerlei sexuelle Erfahrung hatte. In ihrer ansonsten intakten Familie wurde Sexualität tabuisiert, und außer Händchenhalten hatte sie noch keinen Zugang zum anderen Geschlecht gefunden. Danach gefragt, ob sie den Zustand der Jungfräulichkeit und Enthaltsamkeit beenden wolle, antwortet sie klar mit »Ja«.

### Ist »Jungfräulichkeit« eine Krankheit?

Welche Störung liegt hier vor? Handelt es sich hier überhaupt um Krankheit im Sinne der RVO? – Schließlich tauchen Symptome wie »Virginität« oder »sexuelle Unerfahrenheit« in keiner Psychopathologie auf. Man könnte jedoch annehmen, daß die fehlende Erfahrung die Folge einer verborgenen Libidostörung ist. Da unser Geschlechtstrieb hauptsächlich vegetativ gesteuert ist, könnte man gegenüber einem Kostenträger mit der Diagnose »vegetativ-funktionelle Störung mit gesicherter psychischer Ätiologie« argumentieren; Detailbegriffe braucht der Sachbearbeiter dabei nicht zu wissen – dies gilt übrigens für alle funktionellen Sexualstörungen.

Zur diagnostischen Erhellung fragte ich

in der nächsten Sitzung nach den Erfahrungen mit Masturbation und Orgasmusfähigkeit. Es stellte sich heraus, daß der Patientin diesbezüglich nichts bewußt ist, sexuelle Höhepunkte mittels manueller Stimulation ihrer Genitalien sind ihr fremd. Allerdings kannte sie ein anderes angenehmes Gefühl, das sie durch rhythmische Kontraktion der Oberschenkel bzw. der Beckenbodenmuskulatur herstellen kann. Interessanterweise verband sie mit diesen Bewegungen keinerlei sexuelle oder erotische Phantasien. Sie berichtete, daß sie beim letzten Mal gerade eine Geschichte las, die bei ihr eigentlich ein Angstgefühl auslöste. In dieser Geschichte wurde ein junges Mädchen von skrupellosen Gangstern drogenabhängig gemacht, um den kriminellen Interessen dieser Verbrecher zu dienen (andere Leute aushorchen, Prostitution). Die Passage, in der plötzlich feststand, daß das Mädchen der Drogensucht verfallen ist, löste bei der Patientin ein angstgetöntes diffus sexuelles Gefühl aus. Während sie diese Szenenfolge wiederholt las, bemerkte sie ihre unbewußt inszenierte masturbatorische Aktivität. Als weitere Symptomatik berichtete die Patientin in der zweiten Sitzung über starke dysmenorrhische Beschwerden, eine gelegentliche Kreislaufschwäche sowie extreme Schmerzen bei gynäkologischen Untersuchungen. Wie kann man bei dieser Patientin vorgehen? Naheliegend erschien es, ein gestuftes Übungsprogramm zur Intensivierung der Zärtlichkeiten bzw. eine »In-vivo-Desensibilisierung« in die Wege zu leiten. Eine solche voreilige Inszenierung könnte sich jedoch schnell als Kunstfehler erweisen. Zuvor gilt es nämlich, folgende diagnostische Frage abzuklären: Handelt es sich tatsächlich

um eine klassische Störung der Libido allgemein, oder bezieht sich die Abneigung und Hemmung der Patientin gegenüber geschlechtlicher Aktivitäten speziell auf den aktuellen Freund und potentiellen Geschlechtspartner? Diagnostische Hilfe ist hier ein vorsichtiger Versuch, durch Streichelübungen mit ihrem Freund (bei gleichzeitig verordnetem Petting- bzw. Koitusverbot) die Patientin langsam zur sinnlichen Lust-erfahrung zu bewegen. Hier sollten aber Imaginationsübungen und Anweisungen, die Welt der Erotik und Sexualität zunächst im Bereich der Phantasie zu erschließen, den praktischen Verhaltensübungen vorgeschaltet werden. Diesem Vorgehen liegt eine ganz einfache Regel zugrunde: Was nicht einmal in der Phantasie möglich ist, wird bei manifester Störanfälligkeit in der Wirklichkeit nicht realisierbar sein. Dabei findet man natürlich auch heraus, welche Rolle in der inszenierten Phantasie der aktuelle Freund innehat: Ist er als Liebhaber, Verführer und Sexualpartner überhaupt vorstellbar, oder – besser noch – wird er von ihr als solcher gewünscht. In dem vorgestellten Fall wurde der Patientin mit jedem Gespräch und den dazwischen liegenden Erfahrungen deutlicher, daß sie ihren Freund zwar als Kumpel oder Kamerad akzeptieren kann – nicht jedoch als Liebhaber: Eine für ihn natürlich schmerzliche Erkenntnis.

### Dieser Freund ist nur ein Kumpel

Doch damit ist die Diagnostik oder gar die ganze Behandlung noch nicht abgeschlossen, schließlich ist der Wunsch der Patientin, zu einem normalen Sexualleben zu finden, deutlich artikuliert. Was aber heißt normal? Eine Kohabitarchejenseits des 25. Lebensjahres ist statistisch gesehen unnormal (selbst wenn ein Vertreter der Klerus diesen Umstand bei Unverheirateten bejubeln möchte). Als Therapeuten sind wir ge-

halten, gesundheitsförderliche Normen möglichst wertneutral an unsere ratsuchenden Patienten weiterzugeben. Die Vermittlung von solchen Normen im Bereich unseres Sexualverhaltens ist das Kernstück einer stets notwendigen Aufklärungsarbeit, die wir gerade bei funktionellen Sexualstörungen leisten müssen. (Daß wir als Sexualtherapeuten diese Normen kennen müssen, daß wir ferner in der Lage sein müssen, sie didaktisch adäquat aufzubereiten und an den Mann bzw. an die Frau zu bringen, ist angesichts der Unerläßlichkeit dieser Aufgabe beinahe trivial und soll deshalb nur vollständigkeithalber erwähnt werden.)

Wie wichtig gerade bei der Sexualtherapie diese Aufklärungsarbeit ist, läßt sich bereits aus der Erfahrung entnehmen, daß es wohl keinen Bereich menschlichen Lebens und Erlebens gibt, der uns so hautnah tangiert und gleichzeitig mit soviel Wissensdefiziten und irrationalen Vorstellungen verknüpft ist.

Welche diesbezüglichen Anforderungen stellen sich nun an uns bei der erwähnten Patientin? Wenn wir ihr Ziel, sich zu einem normalen sexuellen Wesen zu entwickeln, ernst nehmen, müs-

sen wir ihr zunächst einen Eindruck vermitteln, welche Verhaltens- und Einstellungsänderungen mit einem solchen Streben verbunden sind.

- Es ist beispielsweise recht unwahrscheinlich, daß der erste Jüngling, dem sie ihren Mund zum Kuß anbietet, ihr Ehemann und der Vater ihrer Kinder sein wird.
- Vor Aufnahme der ersten intimen Beziehung sollte die Frage einer Empfängnisverhütung beantwortet werden.
- Sexualität will ganzheitlich erfahren und praktiziert sein, was beinhaltet, daß zum körperlichen Lustempfinden auch eine passende Phantasietätigkeit gehört
- Sexuelle Lustempfindung läßt sich nur bedingt willentlich steuern und kann nicht aus Mitleid mit dem Partner oder unter Zugzwang innervert werden.
- Es gibt Praktiken außerhalb des Koitus, die vom Standpunkt der sexuellen Befriedigung her einen gleich- oder gar höherwertigen Stellenwert haben.
- Autoerotik und Masturbation sind normal und sinnvoll, und zwar

unabhängig vom Lebensalter und der aktuellen Beziehung.

● Der Sexualtrieb ist kein unbotmäßiger Zeitgenosse, den man am besten aus seinem Leben verbannt. Ein ausgeglichenes Arrangement mit ihm kann auch viel Spaß machen.

## Mit dem Sexualtrieb arrangieren

Wie lassen sich nun diese Punkte thematisieren, wie konfrontieren wir unsere Patienten mit diesen Einstellungen? Nicht zuletzt aus zeitökonomischen Gründen empfiehlt sich der Hinweis auf, besser noch die Aushändigung von Büchern, die zum Thema Sexualität eine klare und deutliche Sprache sprechen. In den Therapiesitzungen können dann diese Inhalte diskutiert und noch ausstehende Fragen beantwortet werden. Soweit die sachliche Aufklärung und Information.

Mit Aufklärung und Information allerdings kann noch kein erfüllendes Se-

## Erotika als Therapeutikum?

Der Einsatz von Erotika in der verhaltenstherapeutischen Praxis birgt einige grundsätzliche Probleme:

- Die erotischen Darstellungen entsprechen oftmals nicht der Realität und fördern irrationale Erwartungen bzw. Ängste (Potenz).
- Sie sind vielfach mit Gewalt gemischt bzw. schildern Praktiken, in denen Frauen zu Sexualobjekten degradiert werden.
- Sie bewegen sich oft in einem emotionsfreien Raum und wirken dadurch unmenschlich.
- Sie sind oft schlecht gespielt und erschweren damit eine Identifikation.

Daraus folgt, daß ein unpräziser therapeutischer Einsatz von Erotika nicht generell empfohlen werden kann. Man sollte demnach auch nur solche Filme und Bücher empfehlen, in denen sexuelles Erleben und Verhalten gezeigt wird, von dem man will – oder bei dem man zumindest tolerieren kann –, daß es für den Patienten Modellcharakter trägt.

Die Suche nach solchem Material gestaltet sich angesichts der Masse von schlechten oder mäßigen Produkten nicht ganz einfach. Ist man allerdings fündig geworden, so lassen sich damit auch einige wichtige therapeutische Ziele erreichen:

- Der Patient wird mit normalem sexuellem Verhalten in all seiner Variationsbreite konfrontiert und zu der Erkenntnis geführt, daß lustvolles sexuelles Erleben zum menschlichen Dasein gehört.
- Er kann dabei intellektuell und emotional prüfen, welches Verhalten für ihn vorstellbar ist, welche Praktiken er nachvollziehen oder auf seine Art erleben möchte.

● Er begreift die sinnliche Qualität des menschlichen Körpers und kann systematisch die Angst vor lustbetonter Intimität verlieren.

- Er kann seine eigene Phantasie anregen lassen.
- Er lernt am Modell, daß Sexualität mit Lust gekoppelt ist.

● Er kann sich durch gestufte Identifikation erregen lassen und diese Erregung durch Masturbation befriedigen.

Daß eine physiologische Erregung auch bei Personen auftritt, die gegen Erotika eine ablehnende Haltung einnehmen, wissen wir aus zahlreichen sexualwissenschaftlichen Experimenten. Beim Einsatz von solchem Material in der Sexualtherapie sollten wir darauf achten, daß die Effizienz steigt, je mehr Freiheitsgrade dem Patienten für eigene Kreativität überlassen werden. So läßt eine schriftliche Darstellung der Phantasie mehr Raum. Auch der Zeitpunkt der Konfrontation bzw. des Konsums sollte vom Patienten selbst bestimmt werden.

Dies gilt, wenn auch weniger restriktiv, für eine Desensibilisierung durch Imaginationsübungen. Für den Fall, daß ein aktueller Partner zur Verfügung steht, sollen sich die eingeblendeten Bilder ausschließlich auf ein intimes Erlebnis mit ihm beziehen. Die Systematik braucht dabei nicht anhand einer vorher explorierten Angsthierarchie ausgerichtet sein. Die sexuelle Begegnung an sich mit ihrer ganzen fortschreitenden Dynamik, bei der sich zwangsläufig auch die angstbesetzten Inhalte und Handlungen ergeben, ist das umfassende Thema der Übung. Daß hier an das Einfühlungsvermögen und die Kreativität des Therapeuten höchste Ansprüche gestellt werden, liegt auf der Hand und sollte selbstverständlich sein.

xualverhalten aufgebaut werden. Ich kann hundertmal lesen oder gesagt bekommen, daß Sex Spaß macht und zum Alltag gehört – solange ich jedoch selbst keine entsprechenden Erfahrungen mache, nützt mir dieses Wissen herzlich wenig. Die Anleitung und Motivierung zu solchen Erfahrungen und die Kontrolle, ob die Hausaufgaben auch tatsächlich gemacht wurden, ist also das nächste Kernstück unseres Einsatzes. Im sexuellen Bereich beziehen sich diese Übungen zunächst auf die Masturbation beziehungsweise auf die Entdeckung des eigenen Körpers mit all seinen sensiblen Bereichen.

Bei Frauen mit der Diagnose »Libido-störung« muß oftmals mit einer zusätzlichen Schwierigkeit gerechnet werden: Sexualität wird von dieser Patientinengruppe häufiger als etwas Fremdartiges erlebt, was nicht in ihr Leben zu passen scheint. Die erwähnte Patientin berichtet beispielsweise, daß ihr bereits eine Kußszene im Film oder Fernsehen unangenehme Gefühle, ja beinahe Ekel bereite und daß sie angesichts solcher Intimitäten einfach wegschauen würde. Ein solches Vermeidungsverhalten steht natürlich jedem weiteren therapeutischen Bemühen im Wege, muß somit aufgegeben bzw. gelöscht werden. Mehrere Wege sind dabei grundsätzlich möglich. Die geplanten Interventionen richten sich jedoch auch hier auf die Patientenpersönlichkeit und die Einstellungen zu und Erfahrungen mit sexuellen Phantasien und mit Erotika. Wie sieht es nun bei unserer Patientin aus? Sie möchte ihre sexuelle Identität finden, ihre Ängste vor Männern abbauen und eine Liebesbeziehung eingehen. Ihr Freund, der sie zum Therapie-

ten brachte und bislang geduldig auf ein befriedigendes sexuelles Erlebnis wartete, kann diese Position nicht einnehmen. Eine wichtige Aufgabe war es daher, der Patientin klarzumachen, daß sie sich gegenüber ihrem Freund in diesem Punkt deutlicher artikulieren müsse. Solange hier eine asymmetrische Hoffnung bestand, wurde jede psychosexuelle Weiterentwicklung durch ein moralisches Korsett behindert.

## Wo ist der potentielle Sexualpartner?

Sekundär verstärkte die Existenz dieses potentiellen Sexualpartners die Vermeidungstendenzen der Patientin, sich einen auch körperlich begehrten Geliebten zu suchen. Ein gemeinsam beabsichtigter Ski-Urlaub mußte storniert werden. Die unvermeidlichen Frustrationen und Spannungen – die Patientin war sich absolut sicher, daß sie keine körperliche Annäherung zulassen würde – wären für die Sache an sich kontraproduktiv gewesen. Das therapeutische Angebot wurde deshalb zusätzlich in Richtung Soziotherapie erweitert. Wir begannen damit, indem wir den Freizeitbereich umgestalteten und die introvertierten und familienbezogenen Verhaltensgewohnheiten zugunsten von sozialen Aktivitäten modifizierten. Die Patientin führte als Beleg dafür ein stichwortartiges Tagebuch und berichtete bald mit leuchtenden Augen von ihren Erlebnissen und Plä-

nen. In einer der letzten Stunden erwähnte sie dabei, daß ein Arbeitskollege sie zufällig berührt hatte, was bei ihr »ein merkwürdiges knisterndes Prikeln« auslöste. Der eingeschlagene Weg scheint also in die erwünschte Richtung zu verlaufen.

In der Einstellung der Patientin zur Sexualität setzte sich also langsam eine Änderung durch; zwar bekam sie, als ihr eine Arbeitskollegin von ihren sexuellen Affären berichtete, noch »heiße Ohren«, diese scheinen sich zugunsten einer größeren Toleranz anderen und sich selbst gegenüber langsam abzukühlen. Eine Desensibilisierung in der Praxis ist derzeit nicht angezeigt. Der imaginierte Partner hat noch kein Gesicht und keinen Namen. Eine Übertragungssituation herzustellen, würde weitere nach außen gerichtete Aktivitäten hemmen. Statt dessen habe ich weitere regelmäßige Masturbationsübungen unter Anregung der Phantasie durch erotische Literatur empfohlen. Außerdem soll die Patientin die nächsten zufälligen Kontakte mit Männern einmal unter der Frage begutachten: »Gefällt mir der?« oder »Könnte ich's mir sogar mit dem vorstellen?« Ich bin mir recht sicher, daß bald einer dabei sein wird, bei dem diese Frage bejaht und dieses »Ja« Konsequenzen in der erwünschten Richtung nach sich ziehen wird.

**Dipl.-Psych. Dr. Paul Kochenstein**  
**Lindwurmstraße 135**  
**D-8000 München 2**

*Sexualmedizin 17, 392–397, 1988*

---

**Menschlich oder medizinisch verzwickte Fälle gibt's in jeder Praxis. Auch in Ihrer?**  
**Schildern Sie uns »Ihren Fall aus der Praxis«!**